



BARMER

BARMER – damit bist du nicht allein

GESCHÄFTSBERICHT 2023



Impressum

Herausgeber

BARMER

Verantwortlich für den Inhalt

Der Vorstand

Realisierung

Abteilung Unternehmenskommunikation

Redaktion

Athanasios Drougias, Daniel Freudenreich,
Sunna Gieseke, Thorsten Jakob,
Curth Moritz Voß, Gerald Schäfer,

Gestaltung

Andreas Große-Stoltenberg, Sigrid Paul

Bilder

BARMER, iStockphoto/svetikd (S.1, S.32),
Buero Monaco/WESTEND61/F1online
(S.3, S.4), iStockphoto/Morsa Images
(S.3, S.6), iStockphoto/FG Trade (S.3, S.18),
plainpicture/Frank Baquet (S.3, S.22),
BMG (S.9), FocusMoney (S.12),
stock.adobe.com/Dragon Images (S.20),
stock.adobe.com/Robert Kneschke (S.28)

Druck

Johnen-Druck, Bernkastel-Kues

© BARMER, Juni 2024

Inhalt



04

GRUSSWORT



06

GESUNDHEITSPOLITIK

-
Zähes Ringen um Reformen



10

DIGITALISIERUNG

-
Weg frei für die digitale Identität



14

SOZIALWAHL

-
Start in die neue Legislaturperiode



18

VERSORGUNGSFORSCHUNG

-
Vorreiter in Sachen Spitzenmedizin



22

FINANZEN

-
Belastung durch Krankenhauskosten



31

KERNDATEN

-
Informationen im Überblick



Sehr geehrte Damen und Herren,

Der Finanzdruck im deutschen Gesundheitswesen hat auch im Jahr 2023 deutlich zugenommen. Insbesondere die Aufwendungen für den Krankenhausbereich haben sich massiv erhöht. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen sie GKV-weit um 6,1 Milliarden Euro beziehungsweise sieben Prozent. Rund 1,1 Milliarden Euro musste allein die BARMER für stationäre Leistungen zusätzlich ausgeben. Damit war sie im Vergleich zu anderen gesetzlichen Krankenkassen überproportional von der Ausgabensteigerung betroffen. Dieser Entwicklung liegen einerseits ein Mehr an Behandlungen und höhere Fallpreise zugrunde. Andererseits zeichnet sich die Versichertenstruktur der BARMER durch eine hohe Morbidität und Leistungsanspruchnahme aus. Die dramatischen Kostenzuwächse haben bei fast jeder zweiten Krankenkasse zu einer Erhöhung des Zusatzbeitragsatzes Anfang 2024 geführt. Der Finanzdruck steigt jedoch weiter an – auch auf Kassen mit aktuell noch relativ hohen Rücklagen,



Sylvi Krisch

Sylvi Krisch

Vorsitzende des Verwaltungsrates



Christoph Straub

Prof. Dr. med. Christoph Straub
Vorsitzender des Vorstandes

sodass kurz- und mittelfristig mit weiteren Belastungen für die Beitragszahlenden zu rechnen ist. Die Beitragsspirale muss durchbrochen werden, denn sie führt über kurz oder lang zur finanziellen Überforderung von Arbeitnehmern und Arbeitgebern. Auf die Politik warten zahlreiche Hausaufgaben. So gehören beispielsweise versicherungsfremde Leistungen in der GKV durch Steuermittel ausgeglichen. Darüber hinaus müssen Bundesregierung und Bundesländer endlich die Reform der Krankenhausversorgung umsetzen. Dabei sind mögliche Kostenfallen für Beitragszahlende unbedingt zu vermeiden. Eine Beteiligung an der Finanzierung des sogenannten Transformationsfonds zur Umsetzung der Reform ist weder akzeptabel noch folgerichtig, denn ursächlich für die bestehenden Defizite ist eine seit Jahren verfehlte Krankenhausplanung bei gleichzeitig mangelhafter Investitionsfinanzierung durch die Bundesländer. Für die Folgen dieser Versäumnisse dürfen keinesfalls die Beitragszahler aufkommen.





Zähes Ringen um Reformen

Bereits im Jahr 2022 war klar, dass sich Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach nach der Corona-Pandemie dem Reformstau in der Gesundheitspolitik stellen muss. Dazu gehört bis heute die längst überfällige Krankenhausreform. Aber auch die Finanzierung der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung muss auf gesunde Beine gestellt werden, von Dauerbaustellen wie dem Fachkräftemangel ganz zu schweigen. Ein Jahr lang gab es nun sehr viele Diskussionen, und zwar vor allem zwischen Bund und Ländern. Dabei sind sich praktisch sämtliche relevanten Akteure gerade bei der Krankenhausreform in der Problemanalyse einig. Angesichts knapper personeller und finanzieller Ressourcen muss die Krankenhausversorgung in Deutschland neu geordnet werden. Nach langem Ringen zwischen Bund und Ländern hat das Bundesgesundheitsministerium im Frühjahr 2024 für die Krankenhausreform zunächst einen nicht ressortabgestimmten Referentenentwurf vorgelegt. Das Kernstück der jetzigen Reformbestrebungen sind die sogenannten Leistungsgruppen. Die mehr als 60



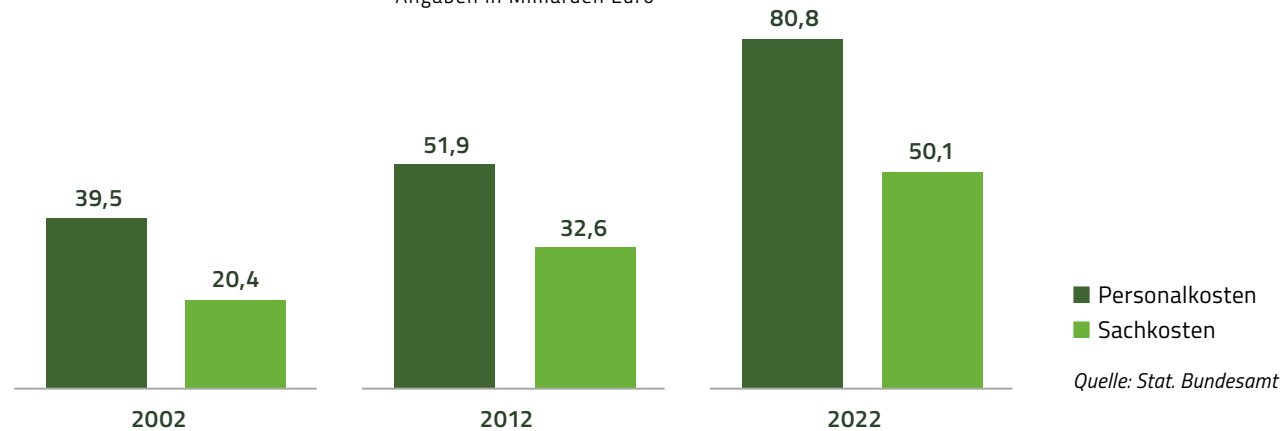
Gruppen teilen Stationen bundeseinheitlich nach Apparaten, Erfahrung sowie Personal ein und orientieren sich an Vorarbeiten aus Nordrhein-Westfalen. Beispiele hierfür sind die Innere Medizin oder auch die Traumatologie. Die Verteilung der Leistungsgruppen soll in den Jahren 2025 und 2026 durch die Bundesländer erfolgen. Nur die Klinik, die die Qualitätskriterien für eine Leistungsgruppe erfüllt, darf die zugehörigen Therapien und Operationen auch durchführen. Sie sollen gemäß dem Entwurf von Lauterbach eine zielgenauere Krankenhausplanung ermöglichen.

Transformationsfonds geplant

Ein weiterer Bestandteil des Gesetzentwurfs sind die geplanten Vorhaltevergütungen. Sie sollen als eine Art Existenzgarantie für die Krankenhäuser fungieren, da sie künftig unabhängig vom Patientenaufkommen bezahlt werden sollen. Für sie sollen künftig 40 Prozent pauschal auf eine Absenkung der DRG-Vergütung und 20 Prozent auf die bereits existierenden Pflegebudgets entfallen, die im Rahmen der Selbstkostendeckung

KOSTENEXPLOSION BEI KRANKENHÄUSERN

Angaben in Milliarden Euro



fallbezogen finanziert werden. Für die Krankenhäuser ist darüber hinaus ab dem Jahr 2026 während einer Übergangsphase ein sogenannter Transformationsfonds geplant. Damit können die Kliniken zehn Jahre lang beim Umbau hin zu einem zeit- und bedarfsgerechten Versorgungsangebot unterstützt werden. Dafür werden 50 Milliarden Euro bereitgestellt, die zu gleichen Teilen aus der Liquiditätsreserve des Gesundheitsfonds, also letztlich den Beitragsgeldern, und aus den Länderhaushalten stammen sollen.

Qualität der Versorgung im Fokus

Der Entwurf bleibt jedoch weit hinter den ursprünglich guten Ansätzen zurück. Lauterbach hatte eine Reform angekündigt, bei der es vor allem um mehr Qualität in der stationären Versorgung gehen sollte. Gebraucht hätte es eine Reform hin zu einer stringenten qualitäts- und bedarfsorientierten Konzentration von Kapazitäten. Die ursprünglichen Reformvorhaben hatten genau dies im Blick und deckten sich in vielen Punkten mit den Forderungen der BARMER. Dazu gehörte neben

TRANSFORMATIONS- FONDS

50

Milliarden Euro
aus Beiträgen der
Versicherten und Mitteln
der Bundesländer sollen
den Fonds füllen

den Leistungsgruppen und der Vorhaltevergütung auch die geplante Level-Einteilung der Krankenhäuser in Grund-, Regel und Maximalversorger. Bei diesem Versorgungsstufenkonzept steht weniger die Anzahl der Kliniken im Vordergrund, als vielmehr die Qualität der Versorgung. Vereinfacht gesagt handelt es sich dabei um Häuser für die medizinische und pflegerische Basisversorgung, um Kliniken mit einem erweiterten Angebot und um große Krankenhäuser wie Maximalversorger und Unikliniken. Eine solche Einführung von Levels wäre eine zentrale Maßnahme gewesen, die am Widerstand der Länder gescheitert ist.

Konflikte zwischen Bund und Ländern

Bereits seit mehr als einem Jahr wird die Reform der Krankenhauslandschaft vorbereitet. Sie ist geprägt von zahlreichen und weiterhin anhaltenden Auseinandersetzungen zwischen Bund und Ländern. Weitere zeitraubende Diskussionen mit den Ländern versucht Lauterbach zu umgehen. Die Rahmenbedingungen für die Weiterentwicklung der Leistungsgruppen sollen

nicht per Gesetz, sondern in einer Rechtsverordnung definiert werden. Erst dazu wäre dann – im Gegensatz zu dem jetzigen Gesetzesentwurf – die Zustimmung des Bundesrates erforderlich. Damit ist klar, dass Lauterbach den Konflikt mit den Ländern nur auf einen späteren Zeitpunkt verschiebt. Darüber hinaus kann es zu zahlreichen Ausnahmeregelungen hinsichtlich der Verteilung der Leistungsgruppen und Einhaltung der Qualitätskriterien durch die Länder kommen, die die Zielsetzung des Reformvorhabens unterlaufen würden. Der Referentenentwurf sieht zahlreiche Zusätze für unterschiedliche Leistungsbereiche und Sachverhalte vor. Das würde zu erheblichen Mehrkosten führen. Auch die Finanzierungsidee durch den Transformationsfonds stieß seit Bekanntwerden insbesondere bei den Krankenkassen auf scharfe Kritik. Die Übernahme von Investitionskosten und damit auch die Weiterentwicklung der Krankenhausstrukturen ist die gesetzliche Pflicht der Bundesländer. Dieser Verpflichtung kommen die Länder bereits seit Jahrzehnten nicht ausreichend nach. So hat sich mittlerweile ein Investitionsstau in Milliardenhöhe angesammelt.



„Die Kliniken sind in einer Notlage. Unser gemeinsamer Anspruch ist: Wir stehen am Vorabend einer notwendigen Revolution im Krankenhaussektor.“

PROF. KARL LAUTERBACH, BUNDESGESUNDHEITSMINISTER

Zu glauben, dass ausgerechnet die Länder zusätzliche Milliarden aufbringen werden, ist fraglich. Die aktuellen Reaktionen aus den Ländern untermauern dies. In einer gemeinsamen Stellungnahme fordern sie Änderungen bei der Krankenhausreform. Weder die Ausgestaltung der gewünschten Vergütungssystematik noch deren Auswirkungen seien klar. Auch die Finanzierung bedarfsnotwendiger kleiner Krankenhäuser sei nicht geregelt. Der Bund müsse die Änderungen rasch vornehmen. Zudem solle das Gesetz im Bundesrat zustimmungspflichtig werden.

Zusätzliche Kosten für Beitragszahler

An der von Lauterbach einst angestrebten „Revolution“ herrschen erhebliche Zweifel. Denn die Reformbestandteile wurden Schritt für Schritt verwässert, und die Länder haben erhebliche Kritik an der Ausgestaltung. Somit könnten die Konzentration der begrenzten personellen Mittel sowie die Qualitäts- und Bedarfsorientierung nicht wirken. Aus Sicht der BARMER besteht das Risiko, dass von der groß angekündigten Reform

der stationären Versorgungsstrukturen nur eine reine Finanzreform übrigbleibt und die vorhandenen Strukturen von den Ländern weiterhin nur fortgeschrieben werden. Damit drohen enorme zusätzliche Kosten für das System und die Beitragszahlenden. Dies alles, ohne dass die dringend notwendigen Qualitäts- und Strukturveränderungen tatsächlich greifen können.

Reform der ambulanten Versorgung

Die Krankenhausreform ist aber nur ein Vorhaben, durch das der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) weitere hohe Mehrausgaben drohen. Selbiges gilt ebenso für das geplante Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz, kurz GVSG. Mit diesem Gesetz will der Bundesgesundheitsminister die ambulante Versorgung reformieren. Zu diesen Gesetzesplänen liegt inzwischen ein abgespeckter Referentenentwurf vor. Dieser sieht unter anderem die Entbudgetierung der hausärztlichen Leistungen und die Möglichkeit zur Abrechnung von Vorhaltepauschalen, etwa für die Betreuung eines Mindestpatientenstamms, vor. Beide

Reformschritte sind aus Sicht der BARMER nicht zielführend. Die Budgetierung ist derzeit das einzige Instrument einer wirksamen Mengenbegrenzung. Wenn diese wegfällt, steht die GKV vor zusätzlichen Mehrausgaben im dreistelligen Millionenbereich, ohne dass dadurch die Versorgung besser würde. Die geplanten Vorhaltepauschalen wiederum scheinen nicht nötig, da die Praxen bereits heute voll ausgelastet sind und deren Finanzierung ausreichend gesichert ist. Zudem birgt ein Nebeneinander von Entbudgetierung und Vorhaltepauschalen das Risiko von Fehlanreizen.

Reformen zügig umsetzen

Bei der Krankenhausreform darf es keine weiteren Verzögerungen und zusätzlichen Verwässerungen im parlamentarischen Verfahren geben. Inzwischen existiert eine Vielzahl komplexer und streitbefangener Themen. Daher verstärkt sich der Eindruck, dass die Kluft zwischen den verantwortlichen Akteuren immer größer wird. Im Sinne der Patientinnen und Patienten ist das keine gute Entwicklung.

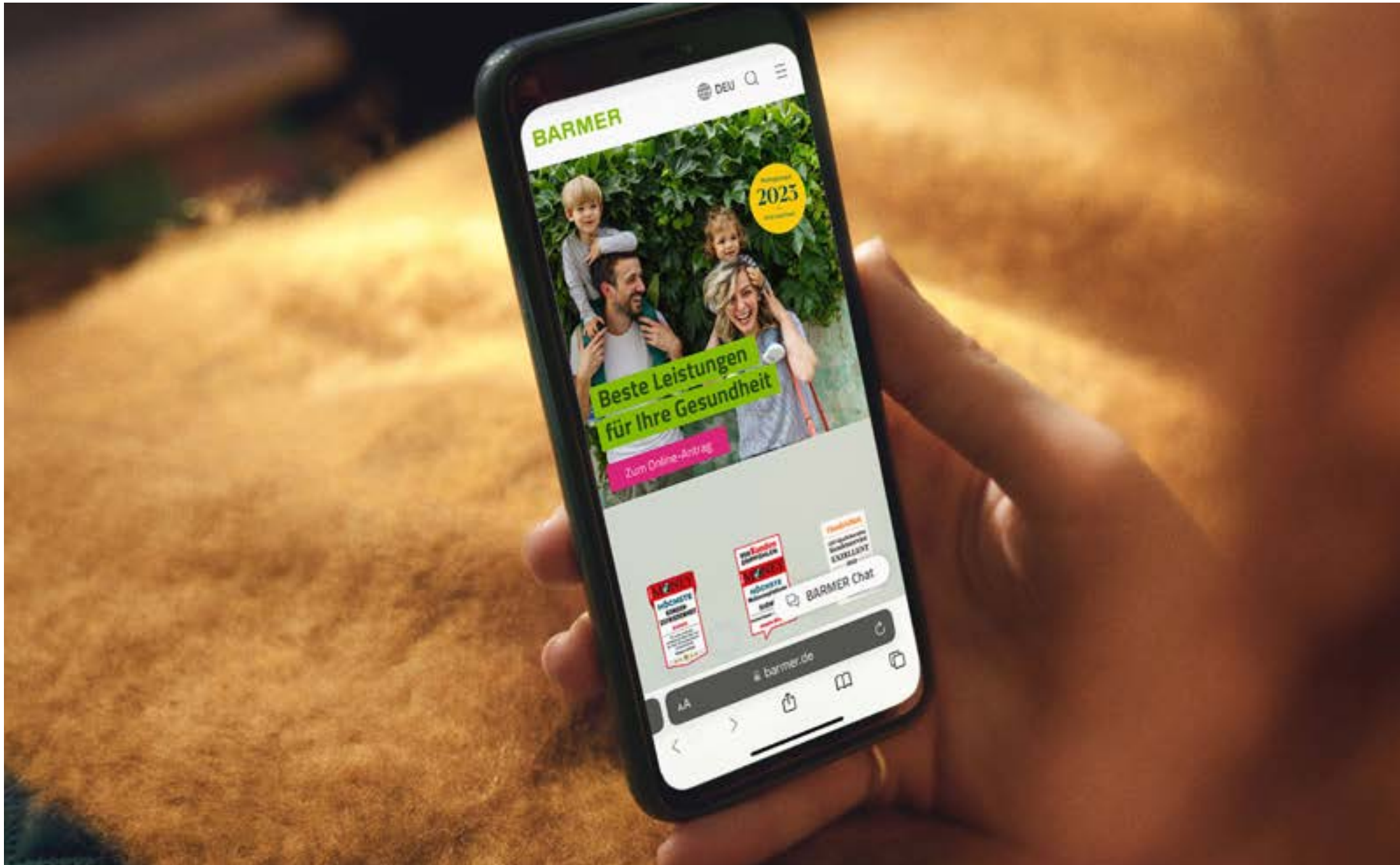


WEITERE INFOS

Krankenhausreform: So positioniert sich die BARMER
[barmer.de/d001234](https://www.barmer.de/d001234)

Prof. Straub im Gespräch zur Krankenhausreform
[barmer.de/d001317](https://www.barmer.de/d001317)

BARMER Krankenhausreport 2023
[bifg.de/publikationen/reporte/krankenhausreport-2023](https://www.bifg.de/publikationen/reporte/krankenhausreport-2023)



Weg frei für die digitale Identität

Bereits im Jahr 2017 hat die BARMER mit der Gründung der Digitalabteilung BARMER.i den Grundstein für den strategischen Aufbau ihres digitalen Portfolios gelegt. Seitdem ist die Zahl digitaler Leistungen und Services kontinuierlich gewachsen, angefangen von Gesundheits-Apps über den BARMER-Teledoktor bis hin zur elektronischen Patientenakte, die bei der BARMER eCare heißt. Der Fokus im Jahr 2023 lag insbesondere auf der Einführung der sogenannten digitalen Identität. Sie ist der Universalschlüssel für den Eintritt in die digitale Welt der BARMER. In Sachen Digitalisierung baut die BARMER als eine der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland ihre Vorreiterrolle aus. Als erste Kasse hat sie die Zulassung für ihre digitale Identität erhalten.

Eine PIN für alles

Die digitale Identität der Versicherten ist das BARMER-Benutzerkonto, das gemäß den angepassten Sicherheitsanforderungen weiterentwickelt wurde. Um

BARMER DIGITAL

1,1

Millionen Versicherte
haben bereits
eine digitale Identität
angelegt

diesen neuen Standard für den Schutz sensibler Daten zu erreichen, mussten die Versicherten ab Dezember 2023 ein Upgrade in der BARMER-App vornehmen. Sie haben ihre Identität zweifelsfrei bestätigt und sich eine PIN angelegt. Diese PIN ist ab sofort der Schlüssel zur digitalen Gesundheitsversorgung. Mit ihr haben Versicherte einen sicheren und unkomplizierten Zugriff auf alle zentralen Services von „Meine BARMER“ und auf den BARMER-Teledoktor. Bis Mitte April 2024 konnten 48 Prozent aller Benutzerkonten umgestellt werden. Rund 1,2 Millionen Versicherte haben damit ihre digitale Identität erfolgreich angelegt. Dabei gibt es zwei Varianten. Einmal den Standard-Zugang für „Meine BARMER“ und den Teledoktor sowie einen weiteren Zugang, für den die Versicherten ihre Identität zum Beispiel mit dem elektronischen Personalausweis bestätigen. Dieser Account hat ein höheres Sicherheitslevel und ermöglicht das Anlegen einer sogenannten Gesundheits-ID. Sie ist die Voraussetzung für Anwendungen der Telematikinfrastruktur wie der elektronischen



UNIVERSAL-SCHLÜSSEL
zur digitalen
BARMER-Welt:
die digitale Identität



DIE BARMER eCARE
multifunktional,
servicestark und
und sicher



Patientenakte (ePA) oder des E-Rezepts. Für die Gesundheits-ID haben sich bis Mitte April 2024 gut 91.000 Menschen entschieden.

E-Rezept in die eCare integrieren

Die Gesundheits-ID ist die Eintrittskarte zur BARMER-ePA, der eCare. Dieser digitale Zugang wird sich umso leichter durchsetzen, je größer der tatsächliche Mehrwert der eCare für Versicherte ist. Deshalb hat die BARMER von Beginn an zahlreiche Features in die ePA integriert, wie etwa den Mediplaner und den Impfstatus. Integriert ist auch die Behandlungshistorie, mit der Versicherte einen Überblick über verschriebene Medikamente, Diagnosen oder Krankenhausaufenthalte haben. Diesen können sie auch mit Praxen teilen. Bis Anfang April 2024 haben rund 150.000 Versicherte die eCare-App heruntergeladen, Tendenz steigend. Ein großer Schub wird auch erfolgen, wenn das E-Rezept in die eCare hinzukommt. Damit werden die Versicherten ihre Arzneimittelverordnungen direkt in der eCare-App empfangen



Auszeichnung
der BARMER
durch Focus Money
(Ausgabe 7/2024)

und einlösen, sowohl in Vor-Ort- als auch in Online-Apotheken. Die Entwicklung der Funktionen in der eCare ist seit Ende 2023 schon abgeschlossen. Sobald die Gematik für die gesetzlichen Krankenkassen die Anbindung ermöglicht, wird der Einführungszeitpunkt festgelegt. Ab dem Sommer können BARMER-Versicherte ihre Hilfsmittel-Verordnungen in der eCare empfangen und einlösen. Diese neue Lösung hat die BARMER mit anderen Krankenkassen, Praxissoftware-Herstellern und weiteren Technikpartnern im Rahmen des Projektes „eGesundheit Deutschland“ entwickelt. Es startet deutlich vor der gesetzlichen Umstellung von Papier- auf elektronische Verordnungen ab dem Jahr 2026. Damit dient diese Lösung als Blaupause für die spätere breite Umstellung.

„ePA für alle“ vorbereiten

Doch nicht nur die Integration des E-Rezeptes in die eCare wird der elektronischen Patientenakte einen Schub geben. Ein noch wichtigerer Meilenstein folgt Mitte Januar 2025, wenn der gesetzlich vorgesehene

Rollout der „ePA für alle“ ansteht. Dann bekommen alle Versicherten eine ePA, sofern nicht zuvor aktiv widersprochen wurde. Die Umstellung auf das sogenannte Opt-out-Modell bringt zwei wesentliche Änderungen mit sich. Die Versicherten müssen nicht mehr wie bisher jede Praxis und Klinik einzeln zur ePA-Nutzung berechtigen. Leistungserbringende erhalten Zugriff, sobald sie die Patientenbehandlung übernehmen. Darüber hinaus bleibt die Patientenakte nach der Anlage nicht mehr leer. Die Abrechnungs- sowie die Rezept- und Dispensierdaten werden in die ePA übertragen. Basierend auf diesen Datensätzen wird eine elektronische Medikationsliste erstellt. Die BARMER wird das Jahr 2024 nutzen, um die Vorbereitungen für die „ePA für alle“ zu treffen. Parallel dazu wird eine breit angelegte Informationskampagne vor der Umstellung erfolgen. Letzten Endes sollen nicht nur möglichst viele Versicherte die eCare bekommen, sondern auch von deren praktischem Nutzen überzeugt sein. Deshalb arbeitet die BARMER kontinuierlich an weiteren Funktionen. Eine davon soll Wechselwirkungen zwischen



DER BARMER Kompass informiert jetzt auch über den Kinderkrankengeldstatus

verschreibungspflichtigen und freiverkäuflichen Medikamenten vermeiden und wird zum Start der „ePA für alle“ kommen.

BARMER-Kompass wird erweitert

Doch nicht nur bei der eCare geht die Digitalisierung zügig weiter. Auch der Kompass als Teil der BARMER-App und von Meine BARMER ist erweitert worden. Mit dem Modul Kinderkrankengeld erhalten die Versicherten Antworten auf die drängendsten Fragen dieser Entgeltersatzleistung. Damit nicht genug. Derzeit arbeitet die BARMER am Kompass Pflege, damit sich die Versicherten künftig jederzeit über den Bearbeitungsstand von Pflegeleistungen digital informieren können. Das erleichtert unter anderem den Überblick über Auszahlungen, Budget- sowie Pflegedienstabrechnungen – eine nachhaltige Lösung, weil sie viele Geschäftsstellenbesuche, Anrufe oder Briefe überflüssig macht. In dieselbe Richtung zielt die digitale Briefzustellung, die die BARMER seit Juli 2022 ihren Versicherten bietet. Bis Ende Februar 2024

haben sich 1,4 Millionen Versicherte für die digitale Briefzustellung in das Postfach von Meine BARMER entschieden. Knapp sechs Millionen Briefe wurden bis dato digital übermittelt.

Digitaler Datenputz

Die Digitalisierung soll aber nicht nur einen praktischen Nutzen haben, sondern muss im Rahmen von ethischen Leitplanken erfolgen. Seit dem Jahr 2021 arbeitet die BARMER deshalb als erste Krankenkasse überhaupt in der Corporate Digital Responsibility (CDR)-Initiative des Bundesministeriums für Umwelt, Naturschutz, nukleare Sicherheit und Verbraucherschutz mit. In einem Turnus von zwei Jahren veröffentlichen die Mitglieder der Initiative in einem CDR-Bericht Maßnahmen für eine verantwortungsvolle digitale Transformation. Im jüngsten Bericht der BARMER aus dem Jahr 2022 lag der Fokus auf dem Thema Nachhaltigkeit und Digitalisierung. Auch im Kodex der CDR-Initiative dreht sich ein Handlungsfeld um Klima- und

Ressourcenschutz. Daher hat die Initiative bundesweit einen digitalen Datenputz gestartet, bei dem die BARMER als Mitglied maßgeblich mitwirkte. Vor diesem Hintergrund haben die Mitarbeitenden der Krankenkasse im September 2023 knapp 40 Tera-byte an überflüssigen Daten auf Netzlaufwerken und in E-Mail-Postfächern gelöscht.

Whitepaper gegen Desinformation

Auch mit den Risiken der Digitalisierung setzt sich die BARMER auseinander, so zum Beispiel mit Desinformationen und Hate Speech. Gemeinsam mit anderen CDR-Mitgliedsunternehmen hat die BARMER das Whitepaper „Klare Kante gegen Desinformation und Hate Speech!“ erarbeitet. Es zeigt anhand zahlreicher Praxisbeispiele, wie sich Unternehmen gegen Hass und Falschinformation im Netz engagieren können. Über alle Handlungsfelder hinweg gilt es aus Sicht der BARMER, die Risiken der Digitalisierung konsequent zu minimieren und die positiven Aspekte wie auch bisher entschieden voranzutreiben.



WEITERE INFOS

BARMER-App
barmer.de/barmer-app

ePA/eCare
barmer.de/ecare

BARMER eRezept
barmer.de/a006103

BARMER Kompass
barmer.de/a008055

Whitepaper der BARMER „Klare Kante gegen Desinformation und Hate Speech!“
barmer.de/a006180





Start in die neue Legislaturperiode

Der 30-köpfige Verwaltungsrat der BARMER startete im September 2023 in eine neue sechsjährige Legislaturperiode. Zuvor hatten die BARMER-Mitglieder bei der Sozialwahl über die Zusammensetzung der 27 ehrenamtlichen Versichertenvertreterinnen und -vertreter entschieden. Damit hat sich die Sozialwahl erneut als ein wichtiges Element der demokratischen Mitbestimmung in der sozialen Selbstverwaltung erwiesen. Mit ihrer Stimmabgabe stärken die BARMER-Mitglieder dem Verwaltungsrat, dem drei Vertreterinnen und Vertreter der Arbeitgeberseite angehören, den Rücken für die Arbeit in der vor ihnen liegenden Legislaturperiode.

Starker Partner in schwierigen Zeiten

Seinen Gestaltungswillen und seine Fähigkeit, grundlegende Entscheidungen im Sinne der Kasse und ihrer Versicherten zu treffen, stellt der Verwaltungsrat bereits zu Beginn der neuen Legislaturperiode unter Beweis. So positioniert er sich mit einer Resolution klar gegen jede Form

der Diskriminierung und Schwächung der Demokratie und Rechtsstaatlichkeit. Hinzu kommen neu beschlossene Zusatzleistungen und Wahltarife, die die Attraktivität der BARMER für Versicherte weiter erhöhen. Die jetzige Legislaturperiode prägen wird das Motto „Starker Partner in schwierigen Zeiten“, das zudem als Claim in das neue Logo des Verwaltungsrats eingebettet wurde. Der Verwaltungsrat unterstreicht damit eindrucksvoll, dass er insbesondere in Zeiten zahlreicher Reformvorhaben der Gesundheitspolitik und des wachsenden finanziellen Drucks auf die gesetzliche Krankenversicherung durch starke Ausgabenzuwächse mit seiner Stimme für die Interessen der Versicherten und Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber eintritt.



Neues Präsidium einstimmig gewählt

Am 15. September 2023 trat der neue Verwaltungsrat erstmals zu seiner konstituierenden Sitzung in Berlin zusammen. Dabei stand auch die Wahl eines neuen Präsidiums an. Der bisherige Verwaltungsratsvorsitzende Bernd Heinemann und seine Stellvertreterin Ulrike Hauffe kandidierten



DAS PRÄSIDIUM DES VERWALTUNGSRATS
(von l.) Dirk Wiethölter, Katrin von Löwenstein, Herbert Fritsch, die Vorsitzende Sylvi Krisch und der stellvertretende Vorsitzende Dietmar Katzer

nicht mehr für den Verwaltungsrat. Zur neuen Vorsitzenden wurde Sylvi Krisch, Bereichsleiterin Tarifkoordination bei ver.di, gewählt. Neuer stellvertretender Vorsitzender des Verwaltungsrates ist Dietmar Katzer, ehemaliger Leiter der vdek-Landesvertretung Schleswig-Holstein. Dem Präsidium des Verwaltungsrates gehört auch weiterhin Dirk Wiethölter an, der hauptberuflich als Zentralbereichsleiter Personal der DRK Blutspendedienst West gGmbH tätig ist. Er vertritt im Präsidium die Interessen der Arbeitgeber. Das Präsidium komplettieren Katrin von Löwenstein, Fachbereichsleiterin Organisationsmanagement bei der Bundesagentur für Arbeit, und Herbert Fritsch, ehemaliger Referent der Deutschen Angestellten Akademie. Alle wurden einstimmig in ihre Ämter gewählt.

Frauenquote liegt bei rund 47 Prozent

Dem neuen Verwaltungsrat gehören 14 Frauen und 16 Männer an. Die erstmals für Verwaltungsräte der Gesetzlichen Krankenversicherung geltende Geschlechterquote, die einen Frauenanteil von

FRAUENQUOTE

47

Prozent beträgt der Frauenanteil im neugewählten Verwaltungsrat

mindestens 40 Prozent vorschreibt, wurde damit deutlich übertroffen. Überraschend ist dies indes nicht, denn bereits in der letzten Legislaturperiode gehörten 13 Frauen (43 Prozent) diesem Gremium der BARMER an.

Neue Zusatzangebote beschlossen

Mit dem Ausbau freiwilliger Zusatzleistungen, die nicht zum gesetzlichen Leistungskatalog aller Krankenkassen gehören, stärkt der Verwaltungsrat erneut die Attraktivität der Kasse für Versicherte und alle, die sich für eine Mitgliedschaft in der BARMER interessieren. Dazu gehört die Erweiterung des BARMER-Bonusprogramms und des Erfolgsbonus' für gesundheitsbewusstes Verhalten. So können Versicherte bereits mit 200 statt zuvor mit 500 Bonuspunkten einen Zuschuss für individuelle Gesundheitsleistungen erhalten. Außerdem können Kinder bereits ab sechs Jahren einen Bonus von 60 Euro pro Kalenderjahr erreichen, wenn sie regelmäßig Sport treiben und an bestimmten Präventionsmaßnahmen teilnehmen.

Zudem wurde der Erstattungsbetrag für den Haut-Check für Versicherte unter 35 Jahren, der generell keine Kassenleistung ist, erhöht.

Wahltarife ausgebaut

Der Verwaltungsrat beschloss auch einen neuen Selbstbehalttarif. Damit können Mitglieder eine Prämie von 450 Euro pro Kalenderjahr erhalten, deren jährliches beitragspflichtiges Einkommen die Beitragsbemessungsgrenze überschreitet. Gleichzeitig wurde die Einkommensgrenze zur Teilnahme am Selbstbehalttarif mit 300 Euro jährlicher Prämie auf 18.650 Euro gesenkt. Bisher galt hier das Erreichen der Beitragsbemessungsgrenze als Teilnahmevoraussetzung.

Stärkung der sozialen Selbstverwaltung

Ein deutliches Zeichen setzt der Verwaltungsrat auch mit seiner Resolution gegen jede Form der Diskriminierung und Schwächung der Demokratie und Rechtsstaatlichkeit in Deutschland. Als ehrenamtliches und



„Die ehrenamtliche Selbstverwaltung ist gelebte Demokratie, denn sie beruht auf gesellschaftlicher Mitbestimmung und bürgerschaftlichem Engagement. Sie ist die Basis des Sozialstaates und gehört unter allen Umständen geschützt.“

SYLVI KRISCH, VORSITZENDE DES VERWALTUNGSRATS DER BARMER

demokratisch gewähltes Gremium verweist er dabei auf die Grundprinzipien der sozialen Selbstverwaltung und unseres Sozialstaates, die auf gesellschaftlicher Mitbestimmung und bürgerschaftlichem Engagement beruhen, und erinnert an Zeiten, in denen totalitäre Kräfte der Demokratie und der sozialen Selbstverwaltung den Garaus gemacht hatten. Eine gerechte Gesundheitsversorgung ist unter solchen Bedingungen nicht möglich. Nie wieder dürfen Menschen ob ihrer Haut- und Haarfarbe, Herkunft, Religion, sexuellen Neigung sowie Erkrankung verfolgt und ermordet werden. Er tritt deshalb massiv gegen jede Form der Diskriminierung ein und macht sich dafür stark, dass in Deutschland die Grundmauern einer gerechten Demokratie, einer offenen und pluralen Gesellschaft sowie einer unabhängigen, starken sozialen Selbstverwaltung bestehen bleiben.

Arbeit der Widerspruchsausschüsse

Eine der wichtigsten Aufgaben ist die Prüfung von Leistungsanträgen, gegen die Versicherte Widerspruch

eingelegt haben. Hierfür hat der Verwaltungsrat 20 Widerspruchsausschüsse eingesetzt. Diese setzen sich aus gewählten Mitgliedern der Selbstverwaltung aus dem Lager der Versicherten und Arbeitgeber zusammen. Sie arbeiten neutral, unabhängig und, wie alle Selbstverwalterinnen und Selbstverwalter, ehrenamtlich. In ihre Arbeit bringen die Mitglieder der Widerspruchsausschüsse nicht nur vielfältige berufliche Erfahrungen ein. Viele von ihnen sind auch in anderen Gremien wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss oder den Verwaltungsräten der Medizinischen Dienste aktiv und können so auf ein umfangreiches Fachwissen zurückgreifen.

23.355 Widersprüche im Jahr 2023

Im Jahr 2023 gingen bei den Widerspruchsausschüssen insgesamt 23.355 Widersprüche von Versicherten ein, die mit Entscheidungen der Kranken- und Pflegeversicherung nicht einverstanden waren. Davon richteten sich 12.953 Widersprüche gegen Entscheidungen aus dem Bereich der Krankenversicherung.

In 174 Fällen (1,34 Prozent) waren die Widersprüche der Versicherten erfolgreich. Gegen Entscheidungen der Pflegeversicherung legten 10.402 Versicherte Widerspruch ein. Hier konnte 102-mal (0,98 Prozent) abgeholfen werden. Die Statistik zeigt, dass in den allermeisten Fällen die Entscheidung der Kranken- und Pflegeversicherung auch nach gründlicher Überprüfung Bestand haben. Die Möglichkeit, gegen Entscheidungen der Kasse Widerspruch einzulegen und diesen durch die unabhängigen Vertreterinnen und Vertreter der Versicherten und Arbeitgeber überprüfen zu lassen, ist dennoch ein hohes Gut der sozialen Selbstverwaltung. Natürlich erwarten Versicherte auch eine schnelle Entscheidung. Deshalb tagen die Widerspruchsausschüsse ständig noch effizienter zu machen und so zu organisieren, dass Entscheidungen so schnell wie möglich getroffen werden können.



WEITERE INFOS

Verwaltungsrat der BARMER
barmer.de/ueberuns/verwaltungsrat

Resolution des Verwaltungsrats gegen Diskriminierung und Schwächung der Demokratie
barmer.de/p028267





Vorreiter in Sachen Spitzenmedizin

Hochwertige und innovative medizinische Versorgung jetzt und in Zukunft, dafür steht die BARMER als eine der größten gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland. Deshalb engagiert sie sich in annähernd 100 Projekten des Innovationsfonds des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Mit dem Fonds fördert der Gesetzgeber neue Versorgungsformen und Versorgungsforschungsprojekte. Die BARMER treibt mit ihrem Engagement aktiv eine bessere Gesundheitsversorgung voran.

Telemedizin gegen Herzschwäche

Eine Vorreiterrolle nimmt die BARMER dabei in der Telemedizin ein. Zusammen mit der Charité in Berlin arbeitet sie bereits seit dem Jahr 2005 bei der Umsetzung und wissenschaftlichen Bewertung des Telemonitorings bei Herzinsuffizienz (TMHI) mit. Bei einer Herzinsuffizienz ist das Herz zu schwach, um das Gewebe ausreichend mit Blut und Sauerstoff zu versorgen. Der Körper ist nicht mehr

leistungsfähig genug. Die Krankheit ist eine der häufigsten Todesursachen in Deutschland. Hier setzt das TMHI-Programm an, für das die BARMER zu Beginn des Jahres 2024 einen weiteren Selektivvertrag mit den Asklepios Kliniken für die Regionen Hamburg und Umgebung abgeschlossen hat.

HERZSCHWÄCHE

27

Prozent weniger
Todesfälle gab es durch
gezieltes Telemonitoring
bei Patienten mit
Herzschwäche

Mehr als nur Regelversorgung

Alle Patientinnen und Patienten, bei denen eine dauerhafte Herzinsuffizienz diagnostiziert wurde und die dadurch körperlich eingeschränkt sind, können am Programm teilnehmen. Sie übertragen ihre Herzdaten täglich auf elektronischem Weg verschlüsselt an das von allen kardiologischen Kliniken der Asklepios-Gruppe getragene Telemedizin-Zentrum. Mit ihrem Selektivvertrag sorgt die BARMER für einen Mehrwert in der Versorgung. Denn es gibt zwar eine Richtlinie des G-BA, die das TMHI als Teil der Regelversorgung definiert. Die Vertragsinhalte der BARMER gehen jedoch über diese Vorgaben deutlich hinaus. So kontrollieren die Ärztinnen und



PROJEKT ERIC
Ärztinnen, Ärzte
und Pflegekräfte
kommunizieren
digital miteinander

Ärzte etwa die Daten nicht nur wochentags, sondern durchgehend an 16 Stunden täglich und an sieben Tagen in der Woche. Niedergelassene Kardiologinnen und Kardiologen sind in das Monitoring ebenfalls eingebunden. Durch diese engmaschige Überwachung können die Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig bei auffälligen Veränderungen oder in Notsituationen reagieren. Zudem schulen sie die Patientinnen und Patienten im Vorfeld. Insgesamt soll das die Sterblichkeit reduzieren und die Lebensqualität der Teilnehmenden spürbar verbessern.

Enhanced Recovery after Intensive Care – ERIC

Dass die Digitalisierung die medizinische Versorgung nachhaltig verbessern kann, zeigt auch das Telemedizinprogramm „Enhanced Recovery after Intensive Care“, kurz ERIC, an dem die BARMER als einzige Krankenkasse beteiligt ist. Es verringert nachweislich die Langzeitfolgen einer intensivmedizinischen Behandlung. Das können etwa kognitive Einschränkungen wie Konzentrationsschwäche oder

SCHMERZ

12

Millionen Menschen
in Deutschland leiden
an chronischem
Schmerz

Orientierungsprobleme, aber ebenso Organfunktionsstörungen sein. Dafür setzt ERIC auf eine E-Health-Plattform, die die Kommunikation und die Datenerfassung der beteiligten Krankenhäuser verbessert und in einem telemedizinischen Zentrum bündelt. Das ermöglicht tägliche Televisiten, bei denen Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte über Video standortunabhängig miteinander kommunizieren. Mittlerweile ist das Projekt beendet. Und das mit Erfolg. ERIC hat sich bewährt und ist bereits Teil der Regelversorgung.

PAIN2.0: Kampfansage an den Schmerz

Nicht nur das Herz kann dauerhaft erkranken. Wenn Schmerzen länger als drei bis sechs Monate andauern, stuft man sie als chronisch ein. Der Körper entwickelt ein Schmerzgedächtnis, und es entsteht eine eigenständige Erkrankung, obwohl die Ursache für das eigentliche Leiden längst verschwunden ist. Der Körper ist permanent im Alarmzustand. Rund zwölf Millionen Menschen in Deutschland sind davon betroffen. Deshalb erprobt die BARMER zusammen mit

der Deutschen Schmerzgesellschaft in dem aktuell noch laufenden Projekt PAIN2.0 eine berufsbegleitende Therapie von Menschen mit wiederkehrenden Schmerzen. PAIN steht für „Patientenorientiert. Abgestuft. Interdisziplinär. Netzwerk“.

Ganzheitlicher Therapieansatz

Bereits das Vorgängerprojekt PAIN2020, an dem die BARMER ebenfalls maßgeblich beteiligt war, führte eine fächerübergreifende Diagnostik ein, das sogenannte ambulante interdisziplinäre multimodale Assessment. Alle Versicherten der BARMER haben Zugang zu diesem Konzept. Ihm liegt ein ganzheitliches Krankheitsverständnis zugrunde. Daran knüpft PAIN2.0 an. Statt einer mehrwöchigen stationären multimodalen Schmerztherapie erfolgt dieses interprofessionelle Behandlungskonzept berufsbegleitend ambulant in einer Klinik. So können Patientinnen und Patienten das neu erlernte Wissen direkt im Alltag umsetzen, ohne dass sie für die Behandlung krankgeschrieben werden müssen. Diese dauert zehn



MORBI- UND SOZIALATLAS
Die Grafik zeigt, dass chronischer Schmerz in Deutschland ungleich verteilt ist.

Wochen. In Gruppensitzungen mit acht bis zehn Teilnehmenden kümmert sich ein Team aus den Professionen Medizin, Psychologie und Physiotherapie um die Patientinnen und Patienten. Diese betreut das Team zusätzlich individuell in ergänzenden Einzelsitzungen. Ziel ist es, die Leistungsfähigkeit der Betroffenen im Alltag, in ihrem sozialen Umfeld und im Beruf zu erhalten oder im Idealfall zu steigern.

Eine Frage der Perspektive

Behandlungen sollen nicht nur wirksam und wirtschaftlich sein, sondern die Patientinnen und Patienten aktiv in die Behandlung mit einbeziehen. Rückmeldungen aus Patientenperspektive können dazu beitragen, die Behandlungsabläufe zu optimieren. Bisher fehlt jedoch hierzu ein flächendeckendes und standardisiertes Verfahren, das auch den Behandlungserfolg in Krankenhäusern, Rehakliniken und Arztpraxen aus Perspektive der Patientinnen und Patienten bewertet. Deshalb hat die BARMER im Projekt PROMoting Quality das Befragungsinstrument

der „Patient Reported Outcome Measures“ (PROMs) erprobt: Eine Gruppe von Betroffenen bewertet aus ihrer Sicht den Behandlungsverlauf, wenn sie eine Hüft- oder Kniegelenkprothese erhalten. Diese Daten vergleichen die Forschenden mit einer Kontrollgruppe.

Den Behandlungserfolg verbessern

Die Patientinnen und Patienten beantworten dazu vor und nach ihrer Operation über eine intuitiv nutzbare Onlinelösung kontinuierlich Fragen zu ihrem Gesundheitszustand. Gleichzeitig erhält der behandelnde Facharzt regelmäßig Feedback, kann bei Bedarf frühzeitig eingreifen und so den Behandlungserfolg gezielt verbessern. Das Projekt soll zeigen, ob die mithilfe von PROMs Befragten am Ende der Studie besser versorgt und zufriedener sind als die Patientinnen und Patienten der Kontrollgruppe. Der Innovationsausschuss hat das Projekt mit rund 3,5 Millionen Euro gefördert. Derzeit entsteht der Abschlussbericht. Für das Projekt arbeitete die BARMER mit der Technischen Universität Berlin, der Heartbeat Medical

Solutions GmbH, dem BKK-Dachverband und dem aQua – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen zusammen.

Stetig bessere Versorgung für alle

Die BARMER setzt sich kontinuierlich dafür ein, die Versorgung nachhaltig zu verbessern. Das schließt die Erforschung von Krankheitsverläufen mit ein. Für die Versorgungsforschung sind Routinedaten der Krankenkassen eine gute Basis, um vor allem sektorenübergreifende Behandlungsverläufe darzustellen. Als bundesweite Krankenkasse hat die BARMER über ihr Institut für Gesundheitssystemforschung, kurz bifg, Zugriff auf alle Abrechnungsdaten ihrer mehr als acht Millionen Versicherten. Nicht nur im Rahmen von Innovationsfondsprojekten, sondern vor allem in Kooperation mit Wissenschaftlern in ganz Deutschland stellt die BARMER diese Daten zur Verfügung. So profitieren alle Patientinnen und Patienten von den Forschungsergebnissen, die die letztlich zu einer verbesserten Krankheitsversorgung beitragen.



WEITERE INFOS

... zum Telemonitoring bei Herzinsuffizienz
barmer.de/a008133
eric-projekt.net

... zu allen Innovationsfondsprojekten der BARMER
bifg.de/projekte

... zur Schmerztherapie und PAIN2.0 im Artikel von Prof. Dr. Christoph Straub
barmer.de/a008811



Belastung durch hohe Krankenhauskosten

Die BARMER blickt auch in finanzieller Hinsicht auf ein herausforderndes Jahr 2023 zurück. Aufgrund der positiven Entwicklung der vorherigen Jahre konnte der Beitragssatz – im Gegensatz zu den meisten Mitbewerbern – auch im Jahr 2023 konstant gehalten werden. Jedoch haben sich die Leistungsausgaben deutlich stärker entwickelt als ursprünglich prognostiziert. Hier sind insbesondere die deutlich anziehenden Ausgaben im Krankenhausbereich zu nennen, die in diesem Ausmaß nicht zu erwarten waren. Sie sind in diesem Jahr um fast sieben Prozent gestiegen. Über alle Leistungsbereiche hinweg waren Mehrausgaben im Vergleich zum Vorjahr von über 1,7 Milliarden Euro zu verzeichnen. Dies hat schließlich dazu geführt, dass die BARMER in ihrem Jahresergebnis 2023 einen Fehlbetrag in Höhe von 147 Millionen Euro ausweisen muss. Die hohe Entwicklung im Krankenhausbereich ist das Resultat aus einer dynamischen Mengenentwicklung und einer hohen Dynamik beim Pflegeentgeltwert. Der Bereich der Arzneimittel wird dagegen durch einen deutlichen Anstieg der Rabatte entlastet. Einerseits ergeben sich Mehreinnahmen auf der Seite der gesetzlichen Rabatte aufgrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes, auf der anderen Seite beschert die Weiterentwicklung des Gesetzes zur Nutzenbewertung und Preisfindung



bei neuen Medikamenten der BARMER zusätzliche Rabatteinnahmen. Im Herbst 2022 ist das GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) in Kraft getreten. Mit diesem Gesetz sollte ein drohendes Defizit bei den gesetzlichen Krankenversicherungen abgewendet werden. Wie bereits im Jahr 2021 sind bei den Krankenkassen erneut „überschüssige“ Finanzreserven abgeschöpft und in die Einnahmen des Gesundheitsfonds überführt worden. Der Anteil der BARMER am Vermögensabbau beträgt für das Gesamtjahr 104 Millionen Euro.

Ausblick

Die Krankenhausausgaben werden – so die derzeitige Prognose – auch im Jahr 2024 weiterhin stark steigen. Dies liegt vor allem an der Versichertenstruktur, denn viele ältere und kranke Menschen sind bei der BARMER versichert und verlassen sich auf deren Leistungsstärke. Aus diesem Grunde musste die BARMER nach drei Jahren der Beitragsstabilität erstmals wieder ihren kassenindividuellen Zusatzbeitragssatz mit Wirkung zum 1. Januar 2024 auf 2,19 Prozent anheben. Hinzu kommt der allgemeine Beitragssatz in Höhe von 14,6 Prozent. Damit ist die BARMER gut gerüstet, um auch weiterhin für ein herausragendes Service- und Leistungsversprechen zu stehen.

Aufwands- und Ertragsrechnung

Angaben in 1.000 Euro

ERTRÄGE	2023	2022
1. Zuweisungen	39.301.267	37.659.462
2. Vermögenserträge	89.505	39.846
3. Erstattungen und Ersatzansprüche	211.645	185.236
4. Sonstige Einnahmen	24.104	36.651
Summe	39.626.522	37.921.195
AUFWENDUNGEN	2023	2022
1. Leistungsausgaben	38.127.088	36.408.459
2. Verwaltungskosten	1.330.278	1.298.303
3. Sonstige Ausgaben	315.715	173.447
Summe	39.773.081	37.880.209
Ergebnis	-146.559	+40.986

VERMÖGEN/LIQUIDITÄT	2023	2022
Betriebsmittel und Rücklage	748.548	925.853
Liquidität	5.801.033	5.407.382

Entlastung erteilt

Die BARMER lässt die Jahresrechnung durch einen externen Wirtschaftsprüfer prüfen. Der Wirtschaftsprüfer und Steuerberater Dr. Hans-Joachim Klemm, Magdeburg, hat zu der Jahresrechnung 2023 einschließlich des Anhangs einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erteilt.

Nach dem abschließenden Ergebnis seiner Prüfung hat der Verwaltungsrat der BARMER auf seiner Sitzung am 11.06.2024 die Jahresrechnung 2023 abgenommen und dem Vorstand Entlastung erteilt.

Bilanz

Angaben in 1.000 Euro

AKTIVA	2023	2022
Barmittel und Giroguthaben	19.834	8.549
Kurzfristige Geldanlagen	2.834.000	2.289.000
Forderungen	1.344.132	1.373.290
Andere Geldanlagen	2.947.199	3.109.833
Mittel aus Rückstellungen	1.297.882	1.222.104
Sonstiges Vermögen	24.319	2.033
Verwaltungsvermögen	400.011	369.264
Forderungen Sondervermögen AAG	333.107	119.969
Summe	9.200.484	8.494.042

PASSIVA	2023	2022
Verpflichtungen	6.361.149	5.800.757
Pensions- und Altersteilzeitrückstellungen	1.297.882	1.222.104
Sonstige Passiva	59.797	56.104
Verpflichtungen Sondervermögen AAG	102.362	184.771
Betriebsmittel und Rücklage (KV)	748.548	925.853
Verwaltungsvermögen (KV)	400.000	369.254
Sondervermögen AAG	230.745	-64.802
Summe	9.200.484	8.494.042

Dynamische Entwicklung der Leistungsausgaben

Die Leistungsausgaben haben sich im Jahr 2023 deutlich dynamischer entwickelt als ursprünglich prognostiziert. Hier sind insbesondere die deutlich anziehenden Ausgaben im Krankenhausbereich zu nennen, die in diesem Ausmaß nicht zu erwarten waren. Sie sind in diesem Jahr um fast sieben Prozent gestiegen. Über alle Leistungsbereiche hinweg waren Mehrausgaben gegenüber dem Vorjahr von über 1,7 Milliarden Euro zu verzeichnen. Für die Entwicklung im ärztlichen Bereich sind verschiedene Faktoren verantwortlich. Hauptkostentreiber sind die Preise für ärztliche Leistungen, die für das Jahr 2023 um zwei Prozentpunkte angehoben wurden. Zugleich wirken sich die Maßnahmen aus dem Finanzstabilisierungsgesetz insgesamt belastend auf das Gesamtergebnis aus. Bei der zahnärztlichen Behandlung ist im Jahresergebnis 2023 ein deutlicher Kostenzuwachs gegenüber dem Vorjahr zu verzeichnen. Dieser wird im Wesentlichen durch die hohen Ausgaben bei den Parodontoseleistungen hervorgerufen. Die Fallzahlen liegen zwar

KOSTENSTEIGERUNG

21

Prozent betrug die Steigerungsrate bei den Schutzimpfungen im Jahr 2023

unter dem Vorjahr, jedoch zeigen sich zunehmend Kosten aus teuren Nachsorgebehandlungen. Beim Zahnersatz wird die Entwicklung hauptsächlich durch die angehobenen Preise getrieben. Der Bereich der Arzneimittel wird durch einen deutlichen Anstieg der Rabatte entlastet. Einerseits ergeben sich Mehreinnahmen auf der Seite der gesetzlichen Rabatte aufgrund des GKV-Finanzstabilisierungsgesetzes, auf der anderen Seite beschert die Weiterentwicklung des Gesetzes zur Nutzenbewertung und Preisfindung bei neuen Medikamenten der BARMER zusätzliche Rabatteinnahmen. Die Ausgaben für Schutzimpfungen sind dagegen deutlich gestiegen, wobei sich bei der Abgabe von Herpes-Zoster-Impfstoffen gegen eine mögliche Gürtelrose zum Jahresende offenbar ein Sättigungseffekt eingestellt hat, denn die Ausgaben sind hier zum ersten Mal leicht rückgängig. Die erhöhte Inanspruchnahme von Leistungen nach dem Ende der Corona-Pandemie führt auch im Hilfsmittelbereich im Jahr 2023 in nahezu allen Bereichen zu Mengenzuwächsen. Die größten Zuwächse sind

dabei in der Medizintechnik, der Orthopädietechnik und bei den Hörhilfen zu verzeichnen. Bei der Medizintechnik sind moderne Blutzuckermessgeräte (CGM) Treiber der Mengenkompente. Im Bereich der Heilmittel wirken sich vor allem die hohen Preisabschlüsse in der Physiotherapie und der Ergotherapie auf die Ausgaben aus. Die hohe Veränderungsrate im Krankenhausbereich ist das Resultat aus einer dynamischen Mengenentwicklung und einer hohen Dynamik beim Pflegeentgeltwert. Der Preiseffekt fällt hoch aus und liegt im mittleren einstelligen Prozentbereich. Er wird vor allem durch eine zweistellige Veränderung beim Pflegeentgeltwert getrieben, was einerseits auf dem Verhandlungsweg erzielt und andererseits durch den Gesetzgeber mit beeinflusst wurde. Im Krankengeldbereich bewegen sich die Ausgaben im Jahr 2023 auf einem unverändert hohen Niveau. Dabei hat im vierten Quartal eine leichte Dynamik eingesetzt, die zu moderaten Mehrausgaben geführt hat, während es beim Kinderkrankengeld zu einer leichten Kostendämpfung kam.

Übersicht Leistungsausgaben

LEISTUNGS AUSGABEN	2023	2022	DIFFERENZ ZUM VORJAHR	VERÄNDERUNG ZUM VORJAHR IN PROZENT	VERÄNDERUNG ZUM VORJAHR JE VERSICHER- TEN IN PROZENT
	IN 1.000 EURO	IN 1.000 EURO			
Ärztliche Leistungen	6.156.250	6.035.856	+120.394	+2,0	+2,3
Zahnärztliche Leistungen	2.168.994	2.067.098	+101.896	+4,9	+5,2
Arzneimittel	6.886.217	6.836.836	+49.381	+0,7	+1,0
Heil- und Hilfsmittel	3.344.050	3.080.945	+263.105	+8,5	+8,8
Krankenhaus	12.368.279	11.627.482	+740.798	+6,4	+6,6
Krankengeld	2.334.638	2.238.542	+96.096	+4,3	+4,6
Fahrkosten	1.168.617	1.105.552	+63.065	+5,7	+6,0
Vorsorge / Rehabilitation	597.050	542.168	+54.882	+10,1	+10,4
Schutzimpfungen	401.080	331.646	+69.434	+20,9	+21,3
Mutterschaft	141.895	150.627	-8.732	-5,8	-5,6
Übrige Leistungsausgaben	2.560.018	2.391.707	+168.311	+7,0	+7,3
Summe	38.127.088	36.408.459	+1.718.629	+4,7	+5,0

Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz lässt Beitragssatz steigen

Die BARMER-Pflegekasse wurde – ebenso wie die soziale Pflegeversicherung (SPV) insgesamt – in den letzten Jahren von ständigen finanziellen Herausforderungen geprägt. Dazu trug zunächst die COVID-19-Pandemie massiv bei. Die SPV musste gegenüber den Pflegeeinrichtungen erhebliche finanzielle Unterstützungen leisten. Diese Regelungen wurden immer wieder verlängert, sind inzwischen jedoch ausgelaufen. Allerdings wurde mit den Ergänzungshilfen zum Ausgleich steigender Energiekosten eine neue Leistung eingeführt. Auch die im Jahr 2021 beschlossene Pflegereform hat fortlaufend zu massiven Ausgabensteigerungen geführt. Bei der BARMER-Pflegekasse lagen die Leistungsausgaben per Saldo im Jahr 2023 um über 530 Millionen Euro über dem Vorjahr – eine Steigerung von 7,3 Prozent. Nahezu alle Leistungssegmente waren von dieser Entwicklung betroffen. Wären die oben erwähnten Auswirkungen der COVID-19-Pandemie nicht so massiv rückläufig gewesen, wären die Leistungen sogar um über 10 Prozent gestiegen. Eine Beitragssatzanpassung wurde schließlich unausweichlich. Das Bundesverfassungsgericht hat mit Beschluss vom 7. April 2022 die Verteilung der

PFLEGEVERSICHERUNG

7,9

Milliarden Euro betragen die Leistungsausgaben der BARMER für die Pflegeversicherung im Jahr 2023

Beitragslast zwischen kinderreichen und kinderarmen Familien in der sozialen Pflegeversicherung mit Artikel 3 Absatz 1 des Grundgesetzes für unvereinbar erklärt. Die Entscheidung zwang den Gesetzgeber, der wirtschaftlichen Belastung von Familien bei der Beitragsbemessung in differenzierter Art und Weise Rechnung zu tragen. Das war bei der Gestaltung eines neuen Beitragssatzes zusätzlich zu beachten. Am 26. Mai 2023 hat der Deutsche Bundestag das „Pflegeunterstützungs- und -entlastungsgesetz“ (PUEG) verabschiedet. Danach ist der allgemeine Beitragssatz zum 1. Juli 2023 auf 3,4 Prozent angehoben worden. Für Kinderlose ist der Beitragssatz auf 4,0 Prozent gestiegen. Auf der anderen Seite greifen Beitragsabschläge je nach Anzahl der Kinder. Mit dem PUEG wurden auch erneute Leistungsverbesserungen für Pflegebedürftige und pflegende Angehörige beschlossen. Zum 1. Januar 2024 erfolgte eine Dynamisierung der ambulanten Leistungsbeträge (Pflegegeld und Pflegesachleistung) um 5 Prozent. Auch die Entlastungszuschläge für Pflegeheimbewohner wurden zum 1. Januar 2024 erhöht. Der Eigenanteil für die Pflege wird damit gesenkt. Dies ist abhängig von der Dauer des Heimaufenthalts.



Aufwands- und Ertragsrechnung Pflege

Angaben in 1.000 Euro

ERTRÄGE	2023	2022
Beiträge	5.399.176	4.909.371
Vermögenserträge	8.778	1.078
Ersatzansprüche	13.011	11.368
Einnahmen aus dem Ausgleichsfonds	2.796.848	2.719.685
Sonstige Einnahmen	60	19
Summe	8.217.874	7.641.520

AUFWENDUNGEN	2023	2022
Leistungen	7.852.237	7.319.124
Verwaltungskosten	224.809	209.337
Begutachtungskosten	70.721	65.849
Zahlungen an den Ausgleichsfonds	0	0
Zahlungen bei Überschreitung der Begutachtungsfristen	5.898	2.537
Sonstige Ausgaben	773	421
Summe	8.154.438	7.597.268
Ergebnis	+63.436	+44.252

Bilanz Pflegeversicherung

Angaben in 1.000 Euro

AKTIVA	2023	2022
Barmittel und Giroguthaben	0	0
Kurzfristige Geldanlagen	0	0
Forderungen	725.678	529.494
Andere Geldanlagen	190.190	325.190
Zeitliche Rechnungsabgrenzung	171.723	130.320
Summe	1.087.591	985.004

PASSIVA	2023	2022
Verpflichtungen	356.942	317.791
Zeitliche Rechnungsabgrenzung	0	0
Sonstige Passiva	0	0
Überschuss der Aktiva, Betriebsmittel	387.485	347.505
Überschuss der Aktiva, Rücklagen	343.164	319.708
Summe	1.087.591	985.004

Übersicht Leistungsausgaben Pflegeversicherung

LEISTUNGS AUSGABEN	2023	2022	DIFFERENZ ZUM VORJAHR	VERÄNDERUNG ZUM VORJAHR IN PROZENT	VERÄNDERUNG ZUM VORJAHR JE VERSICHER- TEN IN PROZENT
	IN 1.000 EURO	IN 1.000 EURO			
Pflegesachleistung	932.604	861.134	+71.470	+8,3	+8,6
Pflegegeld	2.102.646	1.919.990	+182.655	+9,5	+9,8
Häusliche Pflege	332.892	270.512	+62.380	+23,1	+23,4
Sonstige Ambulante Pflege	1.415.636	1.252.803	+162.833	+13,0	+13,3
Vollstationäre Pflege	2.585.869	2.415.111	+170.758	+7,1	+7,4
Übrige Leistungsausgaben	482.591	599.574	-116.983	-19,5	-19,3
Summe	7.852.237	7.319.124	+533.114	+7,3	+7,6

Kerndaten der BARMER

Gründungsdatum:	1. Januar 2017
Rechtsform:	Körperschaft des öffentlichen Rechts
Dienstleistungen:	Kranken- und Pflegeversicherung Ausgleich der Arbeitgeberaufwendungen für Entgeltfortzahlung
Beitragssatz:	16,79 Prozent
Versicherte:	8,6 Millionen
Geschäftsstellen:	348
Beschäftigte:	13.195 sowie 475 Auszubildende
Haushalt:	51,1 Milliarden Euro
Vorstand:	Prof. Dr. med. Christoph Straub (Vorstandsvorsitzender) Simone Schwering (stellvertretende Vorstandsvorsitzende) Siegmar Nesch (Vorstandsmitglied)
Verwaltungsrat:	Sylvi Krisch, Vorsitzende Dietmar Katzer, stellvertretender Vorsitzender Herbert Fritsch, Mitglied des Präsidiums Katrin von Löwenstein, Mitglied des Präsidiums Dirk Wiethölter, Mitglied des Präsidiums
Anschrift:	BARMER, Postfach 11 07 04, 10837 Berlin
Kontakt:	Telefon: 0800 333 10 10 service@barmer.de www.barmer.de

Stand 1. Juni 2024



